

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. K. P. DENGAN GANGGUAN  
SIROSIS HEPATIS DI RUANGAN KOMODO  
RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG**



**OLEH:**

**NELCI ANDRIANI GIRI**  
**NIM : PO 530320117119**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN PENGEMBANGAN  
DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
2020**

**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA  
TN. K. P. DENGAN “SIROSIS HEPATIS” DI RUANG KOMODO  
RSUD PROF.DR.W.Z JOHANES KUPANG**

**Studi kasus ini di susun Sebagai Salah Satu persyaratan untuk  
mendapatkan Gelar Ahli Madya keperawatan pada Program studi DIII  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**OLEH:  
NELCI ANDRIANI GIRI  
NIM : PO 530320117119**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN PENGEMBANGAN  
DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

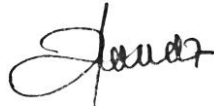
Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Nelci Andriani Giri  
Nim : PO. 530320117119  
Prodi Studi : D III Keperawatan  
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Kupang

Mengatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “sirosis Hepatis” adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan dan pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil Jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

**Kupang, 10 Mei 2020**


**Pembuat pernyataan**



**Nelci Andriani Giri**  
**NIM. PO. 530320117119**

**Mengetahui:**

**Pembimbing**



**Elisabeth Herwanti S.Kep.M.Kes**  
**NIP. 195809011985022001**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Nelci Andriani Giri, NIM : PO.530320117119 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. K.P Dengan Diagnosa Medis Sirosis Hepatis Di Ruang Komodo Rsud Prof. Dr W. Z. Johaness Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

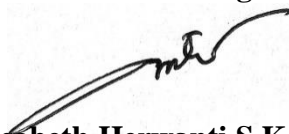
**Disusun Oleh :**



**Nelci Andriani Giri**  
**NIM. PO. 530320117119**

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D- III Keperawatan  
Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal 10 Mei 2020

**Pembimbing**



**Elisabeth Herwanti S.Kep.M.Kes**  
**NIP. 195809011985022001**

**LEMBARAN PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.K.P DENGAN “ SIROSIS HEPATIS”**

**DIRUANG KOMODO RSUD PROF.DR.W.Z.JOHANES KUPANG**

**Disusun Oleh:**

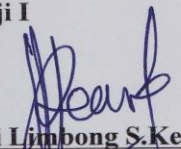


**Nelci Andriani Giri**  
**NIM.PO. 530320117119**

**Telah diuji pada tanggal, 11 Mei 2020**


**Dewan Penguji**

**Penguji I**



**Ns.Kori Limbong S.Kep. M.Kep**  
**NIP.197802022002122001**

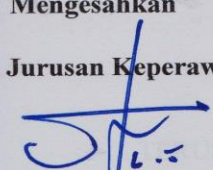
**Penguji II**



**Elisabeth Herwanti S.Kep.M.Kes**  
**NIP. 195809011985022001**

**Mengesahkan**

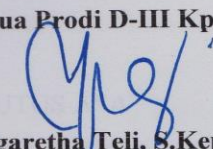
**Ketua Jurusan Keperawatan**



**Dr.Florentianus Tat,S,KP.,M.kes**  
**NIP. 196811241993031003**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi D-III Kperawatan**



**Margaretha Teli, S.Kep,Ns.,MSc-PH**  
**NIP. 197707272000032002**

### **BIODATA PENULIS**

Nama : Nelci Andriani Giri

Tempat Tanggal Lahir : Loudano, 20 Desember 1996

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Oenitas, Kel/Desa. Oenitas, Kec. Rote Barat, Kab. Rote Ndao

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Impres Oenitas Tahun 2010

2. Tamat SMP Negeri 1 Rote Barat Tahun 2011

3. SMK Kencana Sakti Lidamanu Tahun 2014

4. Pada Tahun 2017 Kuliah di prodi Studi Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

### **MOTTO**

“JAWABAN SEBUAH KEBERHASILAN

### **ADALAH**

TERUS BELAJAR DAN TAK KENAL PUTUS ASA”

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Tn. K .P. dengan Sirosis Hepatis di Ruang Komodo RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan D-III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang dengan caranya masing-masing menolong penulis demi keberhasilan studi penulis. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga Kepada :

1. Ibu Elisabeth Herwanti S.Kep.M.Kes. sebagai pembimbing dan penguji II yang telah banyak memberi bimbingan ,masukan serta memberikan dorongan semangat,sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
2. Ibu Ns.Kori Limbong S.Kep. M.Kep. selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Ibu Anan Punis, S.Kep, Ns selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
4. Ibu Dr. R.H. Kristina, SKM, M.Kes.selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
5. Bapak Dr.Florentianus Tat, SKp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
6. Seluruh staf Ruang Komodo yang telah membantu penulis selama mengikuti

Ujian Akhir Program di Rumah Sakit dan dalam proses penyelesaian Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
8. Buat Orang Tua dan kakak adik dan keluarga yang di Rote dan Kupang yang selalu mendukung saya dalam doa untuk menyelesaikan ujian KTI.
9. Buat Ma Yane dan Bapak Yunus yang Tak henti selalu mendukung saya dalam Doa.
10. Buat teman teman saya Priska, Teto, Inggrit, Diana, Daruis, Muhamad ipnu, Novi, Ma Viana, Ma Paula, Bapa Jose dan Teman teman yang selalu mendukung saya dalam mengerjakan KTI.
11. Semua Pihak yang tidak dapat Penulis Sebutkan satu persatu, yang telah berjasa terhadap penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini sangat diharapkan agar lebih bermanfaat bagi yang berkepentingan. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat di gunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 12 Mei 2020

Penulis



## ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Jurusan D-III Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah

Topik

Asuhan Keperawatan Pada Tn. K.P. Dengan Sirosis Hepatis Di Ruang Komodo RSUD.  
PROF.DR. W.Z. Johannes Kupang

Nelci Andriani Giri

Sirosis adalah penyakit hati kronis yang dicirikan dengan distorsi arsitektur hati yang normal oleh lembar-lembar jaringan ikat dan nodul-nodul regenerasi sel hati, yang tidak berkaitan dengan vaskulatur normal.

Tujuan penulisan ini adalah untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami sirosis hepatis yang meliputi pengkajian, penegakan diagnose, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Studi kasus di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z.Yohanes Kupang pada Tn. KD. Sumber informasi didapatkan dari anamneses dari pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik, serta data penunjang berupa hasil laboratorium.

Hasil studi kasus pada pasien Tn KD dengan Sirosis Hepatis didapatkan sesak napas, perut membesar dan mengeras, nyeri perut bagian kanan dengan skala 6, cepat lelah. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan Ketidakefektifan pola napas, Nyeri akut dan Intoleransi aktivitas. Tindakan yang dilakukan adalah : posisi semifowler, membantu pasien ADLs ., kolaborasi pemasangan oksigen dan melayani terapi. Evaluasi setelah dirawat selama 3 hari perawatan, hasil yang didapatkan ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas teratasi sebagian, untuk itu disarankan pemberian asuhan keperawatan secara optimal dan dukungan keluarga dalam prosedur keperawatan yang dilakukan.

**Kata Kunci :** *Asuhan Keperawatan, Pasien, Sirosis Hepatis*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
BIODATA PENULIS.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan penulisa .....	2
1.3 Manfaat penulisan.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	5
2.1 Konsep Dasar teori .....	5
2.1.1 Pengertian sirosis hepatis.....	5
2.1.2 Etiologi sirosis hepatis .....	5
2.1.3 Patofisiologi sirosis hepatis.....	6
2.1.4 Klasifikasi sirosis hepatis .....	7
2.1.5 Manifestasi klinis sirosis hepatis .....	7
2.1.6 Komplikasi sirosis hepatis .....	8
2.1.7 Penatalaksanaan sirosis hepatis .....	9
2.1.8 Pemeriksaan penunjang sirosis hepatis.....	10
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	11
2.2.1 Pengkajian .....	11
2.2.2 Diagnosa keperawatan .....	12
2.2.3 Intervensi keperawatan .....	13

2.2.4 Implementasi keperawatan .....	18
2.2.5 Evaluasi keperawatan .....	18
<b>BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASA.....</b>	<b>19</b>
3.1 Hasil Studi Kasus .....	19
3.1.1 Pengkajian .....	19
3.1.2 Diagnosa keperawatan .....	21
3.1.3 Intervensi keperawatan .....	22
3.1.4 Implementasi keperawatan .....	24
3.1.5 Evaluasi keperawatan .....	28
3.2 Pembahasan .....	29
3.2.1 Pengkajian .....	30
3.2.2 Diagnosa keperawatan .....	31
3.2.3 Intervensi keperawatan .....	32
3.2.4 Implementasi keperawatan .....	33
3.2.5 Evaluasi keperawatan .....	34
3.3 Keterbatasan Studi Kasus .....	35
<b>BAB IV PENUTUP .....</b>	<b>35</b>
4.1 Kesimpulan .....	36
4.2 Saran .....	37
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>38</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>39</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Sirosis adalah penyakit hati kronis yang dicirikan dengan distorsi arsitektur hati yang normal oleh lembar-lembar jaringan ikat dan nodul-nodul regenerasi sel hati, yang tidak berkaitan dengan vaskulatur normal. Nodul nodul regenerasi ini dapat berukuran kecil (mikronodular) atau besar (makronodular). Sirosis dapat mengganggu darah intrahepatik, dan pada kasus yang sangat lanjut menyebabkan kegagalan fungsi hati secara bertahap. (Price & Wilson, 2009).

Penyakit Sirosis hepatitis merupakan urutan pertama dari berbagai penyakit hati diseluruh dunia. Penyakit ini sangat berbahaya bagi kehidupan karena penyakit hepatitis ataupun gejala sisanya bertanggung jawab atas 1-2 juta kematian setiap tahunnya. (Aru, w sudoyo, 2006 : 429). Infeksi virus hepatitis bisa berkembang menjadi sirosis atau pengerasan hati bahkan kanker hati. Masalahnya, sebagian besar infeksi hepatitis tidak menimbulkan gejala dan baru terasa 10-30 tahun kemudian saat infeksi sudah parah. Pada saat itu gejala timbul, antara lain badan terasa panas, mual, muntah, mudah lelah, nyeri diperut kanan atas, setelah beberapa hari air seninya berwarna seperti teh tua, kemudian mata tampak kuning dan akhirnya seluruh kulit tubuh menjadi kuning. Pasien hepatitis biasanya baru sembuh dalam waktu satu bulan.

Di Indonesia penyakit ini sangat meningkat sejak Perang Dunia II, sehingga sirosis menjadi salah satu penyebab kematian yang paling menonjol. Peningkatan ini sebagian disebabkan oleh insidensi hepatitis virus yang meningkat, namun yang lebih bermakna agaknya adalah karena asupan alkohol yang sangat meningkat. Alkoholisme merupakan satu-satunya penyebab terpenting sirosis. Sirosis akibat alkohol merupakan penyebab kematian nomor 9 pada tahun 1998 di Amerika Serikat dengan jumlah hingga 28.000 kematian ( NIAAA, 1989) dalam (Price & Wilson, 2009).

Menurut Alli S. (2010) guru besar hepatologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang juga ketua kelompok kerja Sirosis Hepatis Departemen Kesehatan, virus hepatitis menginfeksi sekitar 2 miliar orang didunia. Setiap tahun lebih dari 1.300.000 orang meninggal dunia akibat hepatitis beserta komplikasinya. Prevalensi di Indonesia sekitar 10-15 persen jumlah penduduk atau sekitar 18 juta jiwa. Dari jumlah yang terinfeksi, kurang dari 10

persen yang terdiagnosis dan diobati. Sebanyak 90 persen lain tidak menimbulkan gejala sehingga tidak terdiagnosis, karena itu pemeriksaan menjadi penting.

Insiden sirosis hepatitis yang terus meningkat semakin menjadi masalah kesehatan masyarakat. Penyakit ini menjadi penting karena mudah ditularkan, memiliki morbiditas yang tinggi dan menyebabkan penderitaanya absen dari sekolah atau pekerjaan untuk waktu yang lama. 60-90% dari kasus-kasus sirosis hepatitis virus diperkirakan berlangsung tanpa dilaporkan. Keberadaan kasus-kasus subklinis, ketidakberhasilan untuk mengenali kasus-kasus yang ringan dan kesalahan diagnosis diperkirakan turut menjadi penyebab pelaporan yang kurang dari keadaan sebenarnya (Nurdjanah, 2009).

Berdasarkan dari data organisasi kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) 2010, penyakit sirosis hepatitis menempati urutan kelima tertinggi penyakit kronis yang ada di dunia dan lebih dari 600.000 ribu kasus baru didiagnosis secara global setiap tahun.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 bahwa jumlah orang yang didiagnosis Hepatitis di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ada, menunjukkan peningkatan dua kali lipat apabila dibandingkan dengan data tahun 2007 dan 2013. Di Indonesia data prevalensi sirosis hati belum ada, hanya laporan-laporan dari beberapa pusat pendidikan saja. Di RS Dr. Sardjito Yogyakarta jumlah pasien sirosis hati berkisar 4,1% dari pasien yang dirawat di Bagian Penyakit Dalam dalam kurun waktu 1 tahun 2004 (tidak dipublikasi) (Nurdjanah, 2009).

Pada tahun 2007 Nusa Tenggara Timur (4,3%) merupakan propinsi urutan pertama dari lima propinsi dengan prevalensi penyakit sirosis hepatitis tertinggi. (Made, 2016) Berdasarkan data Sub Bagian Register RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang di ruang Kenangan penderita dengan kasus sirosis hepatitis sejak periode Februari 2019 sampai dengan 30 April 2019 diperoleh data 5 orang penderita sirosis hepatitis. Penderita 5 orang tersebut semuanya berjenis kelamin laki-laki. (Register Medis Ruangan Kelimutu, RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang, 2019). Berdasarkan latar belakang diatas penulis sangat tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Tn. “ K. P.” dengan Sirosis Hepatitis di Ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang .

Komplikasi pada kesehatan, pembesaran hati, obstruksi portal dan asites, varises gastrointestinal, edema, rupture pembuluh darah, perdarahan, gagal hati yang kronis karena

terjadi penurunan fungsi di organ hati secara drastic, terserang infeksi, kanker hati, kolestasis, dan penyakit ginjal, defisiensi vitamin dan anemia, kemunduran mental (Brunner & Suddart, 2002).

Pada umumnya klien yang menderita penyakit hepatitis ini mengalami Anoreksia atau penurunan nafsu makan dimana gejala ini diperkirakan terjadi akibat pelepasan toksin oleh hati yang rusak untuk melakukan detoksifikasi produk yang abnormal sehingga klien ini haruslah mendapatkan nutrisi yang cukup agar dapat memproduksi energi metabolik sehingga klien tidak mudah lelah. Secara khusus terapi nutrisi yang didesain dapat diberikan melalui rute parenteral atau enteral bila penggunaan standar diet melalui rute oral tidak adekuat atau tidak mungkin untuk mencegah/memperbaiki malnutrisi protein-kalori. Nutrisi enteral lebih ditujukan pada pasien yang mempunyai fungsi GI tetapi tidak mampu mengkonsumsi masukan nasogastrik. Nutrisi parenteral dapat dipilih karena status perubahan metabolik atau bila abnormalitas mekanik atau fungsi dari saluran gastrointestinal mencegah pemberian makan enteral. Asam amino, karbohidrat, elemen renik, vitamin dan elektrolit dapat diinfuskan melalui vena sentral atau perifer (Bosch dkk, 2010).

Peran perawat disini adalah melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan kolaborasi untuk meminimalkan kemungkinan perdarahan gastrointestinal, pemberian suplemen vitamin dan nutrisi, pemberian preparat diuretic, meminimalkan perubahan cairan serta elektrolit, asupan protein dan kalori yang adekuat. (Brunner & Suddart, 2002).

## **1.2 Tujuan Studi Kasus**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sirosis Hepatis sesuai dengan konsep dan teori yang didapatkan selama proses pendidikan.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis pada ruangan komodo RSUD Prof . Dr . W .Z. Johannes kupang
2. Mahasiswa dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis pada ruangan komodo RSUD Prof . Dr . W .Z. Johannes kupang

3. Mahasiswa dapat menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis pada ruangan komodo RSUD Prof . Dr . W .Z. Johannes kupang
4. Mahasiswa dapat melaksanakan implementasi pada pasien dengan sirosis hepatitis pada ruangan komodo RSUD Prof . Dr . W .Z. Johannes kupang
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi pada pasien dengan sirosis hepatitis pada ruangan komodo RSUD Prof . Dr . W .Z. Johannes kupang.

### **1.3 Manfaat Studi Kasus**

1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis

3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis.

4. Bagi Pasien

Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori**

##### **2.1.1 Definisi**

Sirosis adalah penyakit hati kronis yang dicirikan dengan distorsi arsitektur hati yang normal oleh lembar-lembar jaringan ikat dan nodul-nodul regenerasi sel hati, yang tidak berkaitan dengan vaskulatur normal. Nodul-nodul regenerasi ini dapat berukuran kecil (mikronodular) atau besar (makronodular) (Price & Wilson, 2009). Bagian hati yang terutama terlibat dalam sirosis terdiri atas ruang portal, dan periportal tempat kanalikulus biliaris dari masing-masing lobules hati bergabung untuk membentuk saluran empedu dalam hati. (Brunner & Suddart, 2002).

##### **2.1.2 Etiologi**

Meskipun etiologi berbagai bentuk sirosis masih kurang dimengerti, terdapat tiga pola khas yang ditemukan pada kebanyakan kasus antara lain :

*a. Sirosis Laennec*

Merupakan suatu pola khas sirosis akibat penyalahgunaan alkohol kronis yang mencapai sekitar 75% atau lebih dari kasus sirosis.

*b. Sirosis Pascanekrotik*

Biasanya terjadi setelah nekrosis berbercak pada jaringan hati.

*c. Sirosis Bilier*

Kerusakan sel hati yang dimulai di sekitar duktus biliaris akan menimbulkan pola sirosis. Pola ini merupakan penyebab 2% kematian akibat sirosis. (Price & Wilson, 2009).

(Black & Hawks, 2014) berpendapat, penyebab sirosis belum teridentifikasi jelas, meskipun hubungan antara sirosis dengan minum alkohol berlebihan telah ditetapkan dengan baik. Negara-negara dengan insiden sirosis tertinggi memiliki konsumsi alkohol per kapita terbesar. Kecenderungan keluarga dengan predisposisi genetik, juga hipersensitivitas terhadap alkohol, tampak pada sirosis alkoholik.

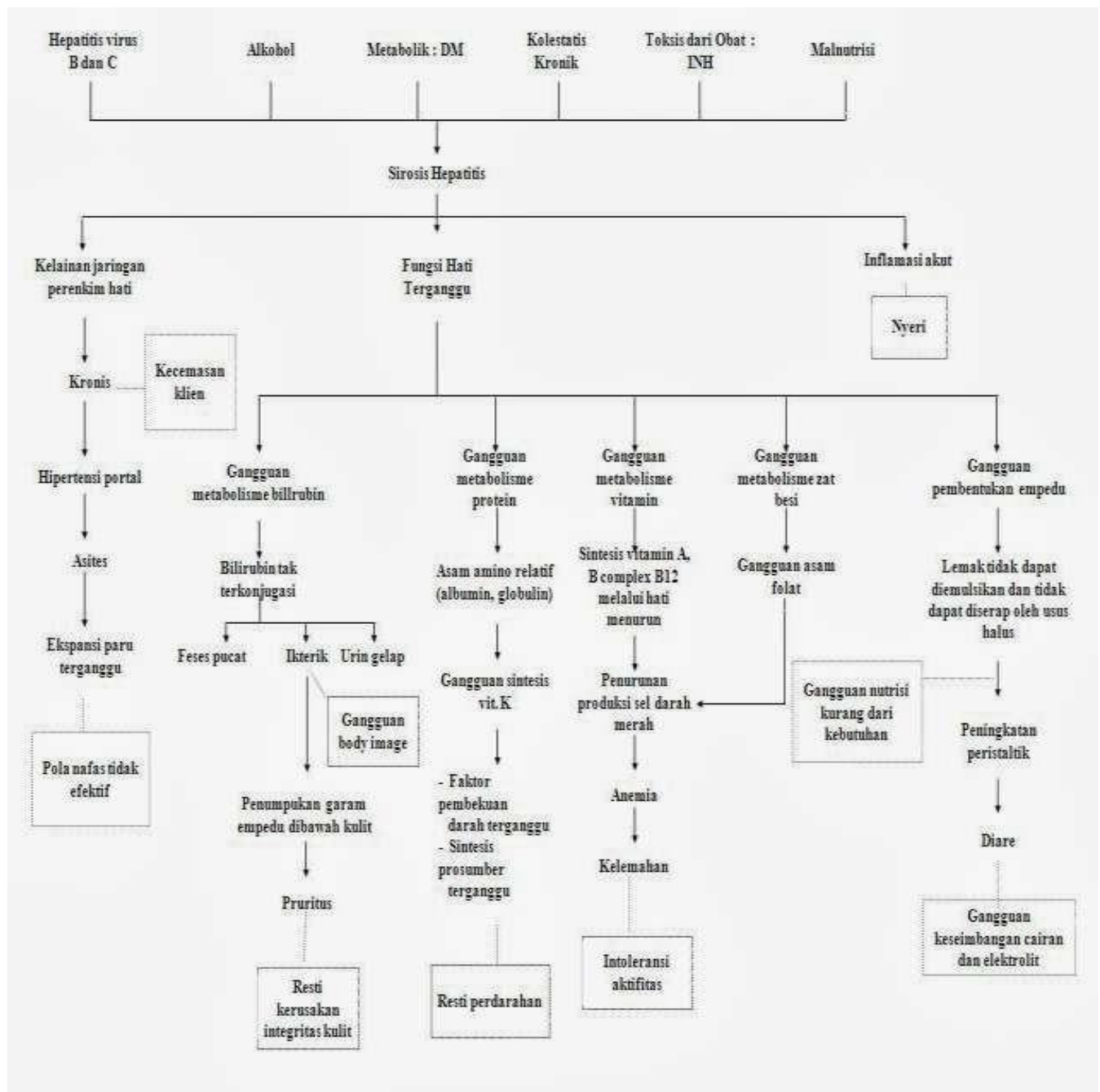


### 2.1.3 Patofisiologi

Sirosis adalah tahap akhir pada banyak tipe cedera hati. Sirosis hati biasanya memiliki konsistensi noduler, dengan berkas fibrosis (jaringan parut) dan daerah kecil jaringan regenerasi. Terdapat kerusakan luas hepatosit. Perubahan bentuk hati mengubah aliran system vascular dan limfatik serta jalur duktus empedu. Periode eksaserbasi ditandai dengan statis empedu, endapan jaundis (Black & Hawks, 2014). Hipertensi vena poerta berkembang pada sirosis berat. Vena porta menerima darah dari usus dan limpa. Jadi peningkatan didalam tekanan vena porta menyebabkan:

1. Aliran balik meningkat pada tekanan resisten dan pelebaran vena esofagus, umbilicus, dan vena rektus superior, yang mengakibatkan perdarahan varises.
2. Asites (akibat pergeseran hidrostatik atau osmotik mengarah pada akumulasi cairan didalam peritoneum)
3. Bersihan sampah metabolic protein tidak tuntas dengan akibat meningkatnya ammonia, selanjutnya mengarah kepada ensefalopati hepaticum.
4. Kelanjutan proses sebagai akibat penyebab tidak diketahui atau penyalahgunaan alkohol biasanya mengakibatkan kematian dari ensefalopati hepaticum, infeksi bakteri (gram negative), peritonitis (bakteri), hepatoma (tumor hati), atau komplikasi hipertensi porta (Black & Hawks, 2014).

## Pathway



Pathway : Gambar (Black & Hawks, 2014)

#### **2.1.4 Klasifikasi**

Ada tiga tipe sirosis hepatis atau pembentukan parut dalam hati antara lain :

a. *Sirosis Portal Laennec* (Alkoholik, Nutrisional).

Dimana jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sirosis ini paling sering disebabkan oleh alkoholisme kronis dan merupakan tipe sirosis yang paling sering ditemukan di Negara Barat

b. *Sirosis Pascanekrotik*

Dimana terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.

c. *Sirosis Bilier*

Dimana pembentukan jaringan parut terjadi dalam hati di sekitar saluran empedu. Tipe ini biasanya terjadi akibat obstruksi biliar yang kronis dan infeksi (kolangitis): insidennya lebih rendah daripada insiden sirosis Laennec dan pascanekrotik.

d. *Sirosis biliaris* primer terjadi kerusakan progresif pada duktus biliaris intrahepatik. Terutama (90%) mengenai wanita antara 40-60 tahun, dan keluhan utamanya berupa tanda-tanda koleastatis: pruritus, ikterus, disertai tinja pucat, urin gelap, dan steatorea, pigmentasi, dan xantelasma. (Brunner & Suddart, 2002).

#### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

a. Keluhan pasien

Biasanya pasien mengeluh pruritis, urin berwarna gelap, ukuran lingk pinggang meningkat, turunnya selera makan dan turunnya berat badan, ikterus (kuning pada kulit dan mata) muncul belakangan

b. Tanda Klasik:

Tanda klasik yang sering dijumpai antara lain : telapak tangan merah, pelebaran pembuluh darah, ginekomastia bukan tanda yang spesifik,

peningkatan waktu yang protombin adalah tanda yang lebih khas, ensefalopi hepatis dengan hepatitis fulminan akut dapat terjadi dalam waktu singkat dan pasien akan merasa mengantuk, delirium, kejang, dan koma dalam waktu 24 jam, onset ensefalopi hepatis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah (Setiati, Siti. 2014).

### **2.1.6 Komplikasi**

Komplikasi sirosis hepatitis yang utama adalah hipertensi portal, asites, peritonitis bakterial spontan, pendarahan varises esophagus, sindroma hepatorenal, ensefalopati hepatikum, dan kanker hati.

#### **a. Hipertensi Portal**

Adalah peningkatan hepatic venous pressure gradient (HVPG) lebih 5 mmHg. Hipertensi portal merupakan suatu sindroma klinis yang sering terjadi. Bila gradient tekanan portal (perbedaan tekanan antara vena portal dan vena cava inferior) diatas 10-20 mmHg, komplikasi hipertensi portal dapat terjadi.

#### **b. Asites**

Penyebab asites yang paling banyak pada sirosis hepatitis adalah hipertensi portal, disamping adanya hipoalbuminemia (penurunan fungsi sintesis pada hati) dan disfungsi ginjal yang akan mengakibatkan akumulasi cairan dalam peritonium.

#### **c. Varises Gastroesofagu**

Varises gastroesofagus merupakan kolateral portosistemik yang paling penting. Pecahnya varises esophagus (VE) mengakibatkan perdarahan varises yang berakibat fatal. Varises ini terdapat sekitar 50% penderita sirosis hepatitis dan berhubungan dengan derajat keparahan sirosis hepatitis.

#### **d. Peritonitis Bakterial Spontan**

Peritonitis bakterial spontan (SBP) merupakan komplikasi berat dan sering terjadi pada asites yang ditandai dengan infeksi spontan cairan asites tanpa adanya fokus infeksi intraabdominal.

#### **e. Ensefalopati Hepatikum**

Sekitar 28% penderita sirosis hepatitis dapat mengalami komplikasi ensefalopi hepatikum (EH). Mekanisme terjadinya ensefalopati hepatikum adalah akibat

hiperamonia , terjadi penurunan hepatic uptake sebagai akibat dari intrahepatic portal-systemic shunts dan/atau penurunan sintesis urea dan glutamik.

f. Sindrom Hepatorenal

Merupakan gangguan fungsi ginjal tanpa kelainan organik ginjal, yang ditemukan pada sirosis hepatis lanjut. Sindrom ini sering dijumpai pada penderita sirosis hepatis dengan asites refrakter.

Sindroma Hepatorenal tipe 1 ditandai dengan gangguan progresif fungsi ginjal dan penurunan klirens kreatinin secara bermakna dalam 1-2 minggu. Tipe 2 ditandai dengan penurunan filtrasi glomerulus dengan peningkatan serum kreatinin. Tipe 2 ini lebih baik prognosisnya daripada tipe 1 (Nurdjanah, dikutip oleh Siti, 2014).

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pasien sirosis biasanya didasarkan pada gejala yang ada. Sebagai contoh :

- a. Antasida diberikan untuk mengurangi distress lambung dan meminimalkan kemungkinan perdarahan gastrointestinal.
- b. Vitamin dan suplemen nutrisi akan meningkatkan proses kesembuhan pada sel-sel hati yang rusak dan memperbaiki status gizi pasien
- c. Pemberian preparat diuretic yang mempertahankan kalium (spironolakton) mungkin diperlukan untuk mengurangi asites jika gejala ini terdapat dan meminimalkan perubahan cairan serta elektrolit yang umumnya terjadi pada penggunaan jenis diuretic lainnya.
- d. Asupan protein dan kalori yang adekuat merupakan bagian yang esensial dalam penanganan sirosis bersama-sama upaya untuk menghindari penggunaan alkohol selanjutnya.

Meskipun proses fibrosis pada hati yang sirotik tidak dapat di putar balik perkembangan keadaan ini masih dapat dihentikan atau diperlambat dengan tindakan tersebut. Beberapa penelitian pendahuluan menunjukkan bahwa cholicicine, yang merupakan preparat anti inflamasi untuk mengobati gejala gout,

dapat memperpanjang kelangsungan hidup penderita sirosis ringan hingga sedang. (Price & Wilson, 2009).

### **2.1.8 Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan penunjang menurut (Price & Wilson, 2012) :

#### **a. Radiologi**

- a) Foto polos abdomen.

Tujuannya : untuk dapat memperlihatkan densitas klasifikasi pada hati , kandung empedu, cabang saluran-saluran empedu dan pancreas juga dapat memperlihatkan adanya hepatomegalimegali atau asites nyata.

- b) Ultrasonografi (USG)

Metode yang disukai untuk mendeteksi hepatomegalimegali atau kistik didalam hati.

- c) CT scan

Pencitraan beresolusi tinggi pada hati, kandung empedu, pancreas, dan limpa; menunjukan adanya batu, massa padat, kista, abses dan kelainan struktur: sering dipaki dengan bahan kontras

- d) Magnetik Resonance Imaging (MRI) (Pengambilan gambar organ)

- e) Pemakaian sama dengan CT scan tetapi memiliki kepekaan lebih tinggi, juga dapat mendeteksi aliran darah dan sumbatan pembuluh darah; non invasive.

#### **b. Laboratorium**

- a) Ekskresi hati dan empedu : Mengukur kemampuan hati untuk mengonjugasi dan mengekskresi pigmen empedu, antara lain

- 1) Bilirubin serum direk (Terkonjugasi)

Meningkat apabila terjadi gangguan ekskresi bilirubin terkonjugasi (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl).

- 2) Bilirubin serum indirek (Tidak terkonjugasi)

Meningkat pada keadaan hemolitik dan sindrom Gilbert (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl).

- 3) Bilirubin serum total

Bilirubin serum direk dan total meningkat pada penyakit hepatoseluler (Nilai normalnya 0,3-1,0 mg/dl).

**b) Metabolisme Protein**

1) Protein serum total : sebagian besar protein serum dan protein pembekuan disintesis oleh hati sehingga kadarnya menurun pada berbagai gangguan hati. (Nilai normalnya 6-8 gr/dl) Albumin serum (Nilai normalnya : 3,2-5,5 gr/dl) Globulin serum (Nilai normalnya : 2,0-3,5 gr/dl)

2) Massa Protrombin (Nilai normalnya : 11-15 detik)

Meningkat pada penurunan sintesis protrombin akibat kerusakan sel hati atau berkurangnya absorpsi vitamin K pada obstruksi empedu.

Vitamin K penting untuk sintesis prothrombin

Prothrombin time (PT) memanjang (akibat kerusakan sintesis protombin dan faktor pembekuan)

c) Biopsi hepar dapat memastikan diagnosis bila pemeriksaan serum dan pemeriksaan radiologis tak dapat menyimpulkan.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan menurut Brunner & Suddart, 2002 yaitu berfokus pada awitan gejala dan factor-faktor pencetus khususnya penyalahgunaan alkohol dalam waktu yang lama. Selain itu yang harus dikaji antara lain : pola penggunaan alkohol yang sekarang dan pada masa lampau(durasi dan jumlahnya) di kaji dan dicatat. Riwayat kontak dengan zat-zat toksit di tempat kerja atau selama melakukan aktivitas. Status mental di kaji melalui anamnesis dan interaksi lain dengan pasien: orientasi terhadap orang, tempat dan waktu harus di perhatikan.

a. Identitas klien

b. Riwayat kesehatan :

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang dengan mengeluh lemah/letih, nyeri di seluruh badan, anoreksia(susah makan), kembung, pasien merasa perut terasa tidak enak

berat badan menurun, mengeluh perut semakin membesar, gangguan BAK (inkontinensia urin), gangguan BAB (konstipasi/ diare), juga sesak nafas

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

- a) Apakah ada riwayat konsumsi alkohol?
- b) Apakah ada riwayat penyakit hepatitis kronis sebelumnya?
- c) Apakah ada riwayat gagal jantung kiri/kanan?
- d) Riwayat pemakaian obat-obatan, merokok, pirampisin

c. Pemeriksaan fisik

Kaji adanya lateragi, asites, dispnea, kaji adanya pembesaran pada hepar (hepatomegali), apakah ada edema pada seluruh tubuh, kaji adanya kulit kering dan ikterik, apakah ada perdarahan pada gusi.

- d. Eritema palmaris, pruritus
- e. Tremor
- f. Cavut medusa
- g. Varises esophagus, hemel
- h. Atropi testis, ginekomastia.

**2.2.2 Diagnosa**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat sekunder terhadap anorexia.
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan dan penurunan berat badan.
- d. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
- e. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan
- f. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, retensi natrium, hematemesi, melena.



### 2.2.3 Perencanaan Berdasarkan NANDA 2015

Diagnosa 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. NOC : Pain Level, pain control, comfort level, Kriteria Hasil : 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang

dengan menggunakan manajemen nyeri. 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5) Tanda vital dalam rentang normal. NIC: Pain Management : 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri. 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau. 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau. 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal). 10) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 11) Ajarkan tentang teknik non farmakologi. 12) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Tingkatkan istirahat. Analgesic Administration : 1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 2) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi. 3) Cek riwayat alergi. 4) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu. 5) Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri. 6) Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal. 7) Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur. 8) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali. 9) Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. 10) Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping).

Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat sekunder terhadap anorexia. NOC : Nutritional Status : Food and Fluid Intake (Status Nutrisi : Intake Makanan dan Cairan. Outcome/Kriteria Hasil : 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan. 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan. 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. 4) Tidak ada tanda tanda malnutrisi. 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. NIC : Nutrient Terapy (Terapi Nutrisi) : 1) Kaji status nutrisi klien.. 2) Jaga kebersihan mulut, ajarkan oral higiene pada klien/keluarga. 3) Kolaborasi pemberian nutrisi secara parenteral. 4) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi setelah klien selesai diindikasikan untuk puasa. Body Weigh Management/Manajemen Berat Badan : 1) Timbang berat badan klien secara teratur. 2) Diskusikan dengan keluarga klien hal-hal yang menyebabkan penurunan berat badan. 3) Pantau hasil laboratorium, seperti kadar serum albumin, dan elektrolit. Vomiting Management (Manejemen Mual): 1) Dukung pasien untuk mempelajari strategi untuk memanajemen mual. 2) Kaji frekuensi mual, durasi, tingkat keparahan, factor frekuensi, presipitasi yang menyebabkan mual. 3) Kontrol lingkungan sekitar yang menyebabkan mual. 4) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi mual (relaksasi, guide imagery, distraksi).

Diagnosa 3 : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan dan penurunan berat badan. NOC : 1) Energy conservation. 2) Self Care : ADLs Kriteria Hasil : 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR. 2) Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri. NIC : Energy Management : 1) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas. 2) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan. 3) Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan. 4) Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat. 5) Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan. 6) Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas. 7) Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien. Activity Therapy : 1) Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan

progran terapi yang tepat. 2) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 3) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social. 4) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan. 5) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, kruk. 6) Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai. 7) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang. 8) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. 9) Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas. 10) Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan. 11) Monitor respon fisik, emoi, social dan spiritual

Diagnosa 4 : Risiko tinggi kerusakan integritsa kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan. NOC : Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes (Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa). Kriteria Hasil : 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi). 2) Tidak ada luka/lesi pada kulit. 3) Perfusi jaringan baik. 4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sdera berulang. 5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami NIC : Pressure Management : 1) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2) Hindari kerutan pada tempat tidur. 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 4) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali. 5) Monitor kulit akan adanya kemerahan. 6) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan. 7) Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 8) Monitor status nutrisi pasien. 9) Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat.

Diagnosa 5 : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. NOC : Respiratory status : Ventilation, Respiratory status : Airway patency, Vital sign Status. Kriteria Hasil : 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips). 2) Menunjukkan

jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 3) Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan). NIC : Airway Management : 1) Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Lakukan fisioterapi dada jika perlu. 5) Keluarkan sekret dengan batuk atau suction. 6) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 7) Berikan bronkodilator bila perlu. 8) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. Terapi Oksigen. 1) Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea. 2) Pertahankan jalan nafas yang paten. 3) Atur peralatan oksigenasi. 4) Monitor aliran oksigen. 5) Pertahankan posisi pasien. 6) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Diagnosa 6 : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, retensi natrium, hematemesis, melen. NOC : 1) Electrolit and acid base balance. 2) Fluid balance. 3) Hydration. Kriteria Hasil: 1) Terbebas dari edema, efusi, anaskara. 2) Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu. 3) Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+). 4) Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal. 5) Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan. 6) Menjelaskan indikator kelebihan cairan. NIC : Fluid management : 1) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. 2) Pasang urin kateter jika diperlukan. 3) Monitor hasil Lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin ). 4) Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP. 5) Monitor vital sign. 6) Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP , edema, distensi vena leher, asites). 7) Kaji lokasi dan luas edema. 8) Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian. 9) Monitor status nutrisi. 10) Berikan diuretik sesuai intruksi. 11) Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l. 12) Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk. Fluid Monitoring : 1) Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi. 2) Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal

jantung, diaporesis, disfungsi hati, dll ). 3) Monitor berat badan. 4) Monitor serum dan elektrolit urine. 5) Monitor serum dan osmolalitas urine. 6) Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung. 7) Monitor adanya distensi leher, rinchi, eodem perifer dan penambahan BB. 8) Monitor tanda dan gejala dari odema. 9) Beri obat yang dapat meningkatkan output urin

#### **2.2.4 Pelaksanaan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Brunner & Suddart. 2002).

#### **2.2.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah perbandingan yang sistemik atau terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan, dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. (Brunner & Suddart. 2002) Evaluasi yang diharapkan antara lain :

1. Nyeri terkontrol
2. Keseimbangan nutrisi terpenuhi
3. Toleransi terhadap aktivitas terpenuhi
4. Ventilasi, jalan napas normal
5. Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa
6. Balans cairan seimbang

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1. Pengkajian**

###### **1. Identitas pasien**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 juni 2019 di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang dengan data-data sebagai berikut, nama : Tn. K. P., tanggal lahir : 04 Juni 1968, umur : 52 tahun, jenis kelamin : laki-laki, diagnosa medis : Sirosis Hepatis , no RM : 0. 50.55.77, pendidikan terakhir : SGO, Alamat : Pasir panjang , Kec. Kota lama , kupang , tgl MRS : 22 juni 2019, tgl pengkajian : 23 Juni 2019, pekerjaan : Guru

###### **2. Identitas penanggung jawab**

Nama : Ny. D. R., Jenis kelamin : perempuan, alamat : Pasir Panjang, Kec. Kota lama, kupang, pekerjaan : IRT, hubungan dengan klien : Istri.

###### **3. Riwayat Kesehatan**

###### **a. Keluhan utama**

Nyeri di perut kanan tertusuk-tusuk (skala nyeri 6 dengan kala 1-10) dan sesak napas

###### **b. Riwayat kesehatan sebelum sakit**

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit yang lain, mempunyai kebiasaan mengkonsumsi alcohol khususnya penyalahgunaan alcohol dalam jangka waktu yang lama.

###### **c. Riwayat penyakit sekarang**

1) Keluhan saat masuk rumah sakit Sesak napas

2) Keluhan saat dikaji

Pasien mengatakan sesak napas, Pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 6 (skala 1-

10), pasien mengatakan cepat lelah setelah beraktivitas mandi, makan, aktivitas sebagian besar dibantu keluarga dan perawat.

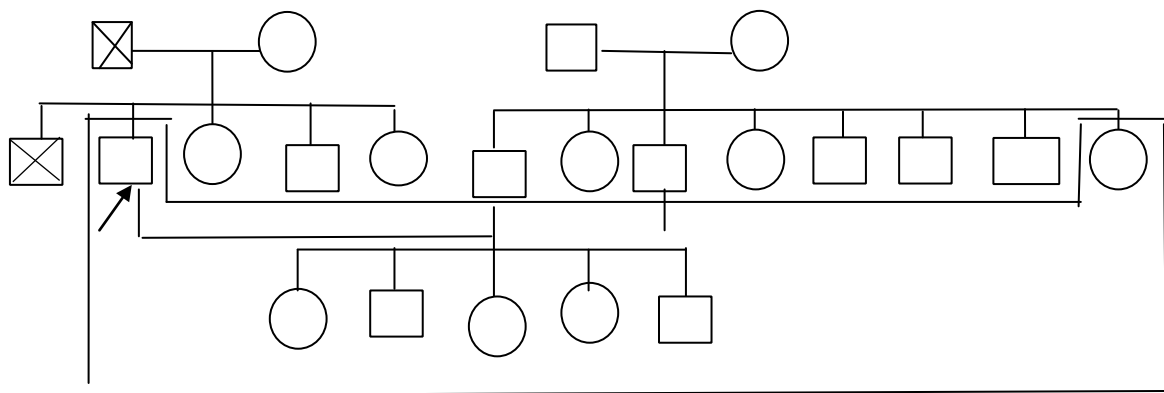
d. Riwayat penyakit sebelumnya


Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami sakit yang sama atau penyakit lainnya. Pasien tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.


e. Riwayat kesehatan keluarga


Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti yang dialaminya sekarang, maupun penyakit yang lainnya.

**Genogram keluarga:**




Keterangan :  : Laki-laki meninggal

 : Pasien

 : Laki-laki hidup

— : Tinggal Serumah

 : Perempuan meninggal

 : Perempuan hidup

**4. Pemeriksaan Fisik**

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu dilakukan secara inspeksi : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V5 M6), tampak sesak, adanya tarikan dinding dada, terpasang Oksigen 3 liter/ menit dan abdomen membesar. Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan,

bising usus baik (30 kali/menit), Palpasi : pernapasan dangkal, nadi sedikit meningkat, adanya nyeri tekan, dan dinding abdomen mengeras. Perkusi : area hepar membesar dan mengeras. Pola makan teratur, napsu makan cukup baik, pasien mengatakan porsi yang disajikan lebih sering dihabiskan tetapi makan sedikit demi sedikit. Buang air kecil lancar warna kuning tua . Buang air bsar tiap 2-3 hari.Tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg, N: 94 kali/menit, RR : 24 kali/menit dan S: 36,5 °C. Berat badan 50 kg, tinggi badan 160 cm, IMT : 19,5 dan status gizi baik.

## **7. Pemeriksaan Penunjang**

### **a. Pemeriksaan darah**

Dilakukan pada tanggal 23 juni 2019 antara lain :

- 1) HB : 10,9 g/dl (Nilai normalnya 12,0-16,0 g/dl).
- 2) Jumlah eritrosit: 3,70 L (Nilai normalnya 4.20-5,40 L).
- 3) Hematokrit 30,8 L % (Nilai normalnya 37-47 L).
- 4) Jumlah trombosit : 36  $10^3$ /ul (Nilai normalnya 150-400  $10^3$ /ul).
- 5) Jumlah limfosit : 0,53 L (Nilai normalnya 1,00-3,70 L).
- 6) Jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %).

### **b. Radiologi :**

USG : Jantung : Katub normal, sistol-diastol normal.

## **8. Terapi**

Di ruangan Komodo Tn. K. P mendapatkan terapi infus NACL 0,9% 28 tetes/menit, Ketorolak injeksi 3 x 30 mg (per 8 jam), Ranitidin injeksi 2 x 200 mg per 12 jam.

### **3.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang diambil adalah :

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan tekanan Ekspansi paru terganggu yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, tampak pasien sesak napas, RR



24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, terpasang Oksigen 2liter/menit dan klien tampak lemah .

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) yang ditandai pasien mengatakan perutnya semakin membesar, ukuran perut 103 cm, sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, (skala nyeri 6) dan tampak abdomen membesar.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas mandi, tampak lemas setelah beraktivitas, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat. TTV : TD : 120/80 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.

### **3.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada :

**Diagnosa keperawatan pertama :** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu. NOC : Pain level, pain control, comfort level, Goal : Pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan. Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas pasien efektif: Frekuensi pernapasan batas normal : Irama pernapasan teratur : Kedalaman inspirasi.normal : Penggunaan otot .napas tidak ada.: Suara napas tambahan tidak ada : Retraksi dinding dada tidak ada : Dispnoe saat istirahat tidak ada: Dispnoe saat latihan tidak ada. NIC : 1) Kaji status pernapasan. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Berikan bronkodilator bila perlu. 6) Atur peralatan oksigenasi. 9) Monitor aliran oksigen. 10) Pertahankan posisi pasien. 11) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan kedua :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). NOC: Pain Level, pain control, comfort level, Goal : pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan. Obyektif : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan dapat mengenali kapan

nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab : menggunakan tindakan penanganan nyeri tanpa analgesik : menggunakan analgesik yang telah direkomendasikan: melaporkan nyeri yang terkontrol: melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri kepada professional kesehatan. NIC : 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 2) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 3) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 4) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 5) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 6) Kolaborasi pemberian therapy analgetik.

. **Diagnosa keperawatan ketiga** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. NOC: 1) Energy conservation. 2) Self Care : ADLs. Goal : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas : toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu): frekuensi nadi ketika beraktivitas normal : frekuensi pernapasan ketika beraktivitas normal : kemudahan bernapas ketika beraktivitas : tekanan darah sistolik ketika beraktivitas normal: tekanan darah diastolik ketika beraktivitas : kekuatan tubuh bagian bawah dalam batas normal. NIC : 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan. 2) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan k secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

### 3.1.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Ngastiyah, 2005).

**Hari pertama** dilakukan pada tanggal 23 Juni 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu. **Implementasi** : Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Jam 08.40, mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan, Jam 09.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. . Jam 09.10, memonitor respirasi. Jam 08.00, mengatur peralatan oksigenasi. Jam 09.15, memonitor aliran oksigen. Jam 08.00, mempertahankan posisi pasien. Jam 09.20, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan 2** : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **Implementasi** : Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P : Pada saat ditekan dan tertekuk. Q : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. R : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. S : Skala nyeri 6 (Dengan menggunakan angka 0-10). T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu Jam 09.25, mengobservasi tanda-tanda vital. Jam 09.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah perut kanan. Jam 09.50, memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya infeksi pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 10.05, mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik. Jam 12.00, melayani terapi ketorolak 30 mg/iv.

**Diagnosa keperawatan 3** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Implementasi** : Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan. Jam 10.25, menganjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.30, menanyakan apakah pasien merasakan kelelahan saat beraktifitas seperti dibantu perrsonal higinenya. Jam 10.35, memilih

intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis saat pemberian obat maupun non farmakologis dengan tepat pada saat melakukan personal hygiene. Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

**Hari kedua** dilakukan pada tanggal 24 Juni 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu. **Implementasi** : Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Jam 08.40, mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan oksigen, Jam 09.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. Jam 09.05, . Jam 09.10, memonitor respirasi. Jam 09.15 mengatur peralatan oksigenasi. Jam 09.30 memonitor aliran oksigen. , mempertahankan posisi pasien. Jam 09.45, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan 2** : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).. **Implementasi** : Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P : Pada saat ditekan dan tertekuk. Q : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. R : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. S : Skala nyeri 6 (Dengan menggunakan angka 0-10). T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu Jam 09.25, mengobservasi tanda-tanda vital. Jam 09.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan. Jam 09.50, memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya infeksi pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 10.05, mengingatkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi napas dalam untuk pengurangan nyeri Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Implementasi** : Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan pasien mengutarakan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.30, menanyakan kelelahan pasien

setelah beraktifitas. Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat dengan melakukan tindakan dalam waktu yang bersamaan. Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

**Hari ketiga** dilakukan pada tanggal 25 Juni 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu. **Implementasi** : Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Jam 08.40, mengidentifikasi pasien dalam pemasangan oksigen. Jam 90.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. Jam 09.05, memberikan pelembab udara dengan minum air hangat. Jam 09.10, memonitor aliran oksigen. 11.00, mengatur peralatan oksigenasi. Jam 11.15, memonitor aliran oksigen. Jam 12.00, mempertahankan posisi pasien semi fowler. Jam 12.15, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan 2:** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **Implementasi** : Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P: Pada saat ditekan dan tertekuk. Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. R: Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. S: Skala nyeri 6 (Dengan menggunakan angka 0-10). T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu Jam 09.25, mengoservasi tanda-tanda vital, Jam 09.40, memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya infeksi pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 10.05, mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik.

**Diagnosa keperawatan 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Implementasi:** Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan

pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.30, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

#### **3.1.4 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Ngastiyah, 2005). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

##### **Evaluasi hari pertama tanggal 23 Juni 2019. Diagnosa keperawatan 1 :**

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu. **Jam 13.00**, S : Pasien mengatakan sesak napas. O: tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, klien tampak lemah. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan

**Diagnosa keperawatan 2 :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).Jam 13.15, S : pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6 O: wajah pasien tampak kadang-kadang meringis, tampak abdomen membesar (asites). A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

**Diagnosa keperawatan 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Jam 13.30**, **S:** Pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi. **O:** pasien tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat, tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 120/80 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

**Evaluasi hari kedua** tanggal 24 Juni 2019 **Diagnosa keperawatan 1 :**

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu. **Jam 13.00,** **S :** Pasien mengatakan sesak napas agak berkurang. **O :** tampak pasien sesak napas, RR 20x/mnt, tarikan dinding dada berkurang, masih terpasang Oksigen 2 litet permenit. **A :** Masalah teratasi sebagian. **P :** Intervensi dilanjutkan

**Diagnosa keperawatan 2 :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).**Jam 13.15, S:** pasien mengatakan perutnya semakin membesar, masih sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5-6 **O:** wajah pasien tampak meringis, tampak abdomen membesar (asites). **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

**Diagnosa keperawatan 3** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Jam 13.30, S :**Pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi. **O:** pasien tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri lebih kering, tampak sebagian besar ADLs masih dibantu keluarga dan perawat, tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba di perut bagian kanan, TTV : TD : 120/80 mmHg, Nadi : 94 kali/menit. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi dilanjutkan.

**Evaluasi hari ketiga** tanggal 25 Juni 2019 **Diagnosa keperawatan 1 :**

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu. **Jam 13.00, S :** Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang. **O:** Pasien sesak napas berkurang , RR 20 x/mnt, Oksigen tidak terpasang, diberikan kalau diperlukan **A:** Masalah teratasi sebagian. **P :** Intervensi dilanjutkan

**Diagnosa keperawatan 2 :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).**Jam 13.15, S:** pasien mengatakan perutnya sudah tidak membesar lagi, dan sakit seperti tertusuk-tusuk mulai berkurang, skala nyeri 4 **O:** wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4, tampak abdomen membesar (asites). **A:** Masalah teratasi sebagian. **P:** Intervensi dilanjutkan.

**Diagnosa keperawatan 3** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Jam 13.30, S :** pasien mengatakan selama sakit aktivitas seperti makan, memakai baju di bantu oleh keluarganya dan saat ini pasien bisa miring kanan dan kiri di atas tempat tidur

. O: pasien tampak lelah setelah beraktivitas. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan.

### **3.2. Pembahasan**

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 23 juni 2019 sampai dengan 25 juni 2019 di Ruang Komodo RSUD Prof.DR. W.Z. Yohannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **3.2.1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan menurut Brunner & Suddart, 2002 yaitu berfokus pada awitan gejala dan factor-faktor pencetus khususnya penyalahgunaan alcohol dalam waktu yang lama. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Berdasarkan hasil pengkajian yang di dapatkan adalah Tn. K. P., pada saat ini mengalami sakit yang sedang, pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada tanggal 23 Juni 2019 pada Tn. K. P. yaitu : Pasien mengatakan sesak napas, perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk, ada luka pada kaki kiri, ada benjolan di selangkangan kiri dan dibawah pusar, secara inspeksi : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V6 M4), tampak sesak, adanya tarikan dinding dada dan abdomen membesar. Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan, bising usus baik (30 kali/menit), Palpasi : pernapasan dangkal, nadi sedikit meningkat, adanya nyeri tekan, dan dinding abdomen mengeras. Perkusi : perut mengeras di area hepar dan sekitarnya. Pola makan teratur, napsu makan baik, pasien mengatakan porsi yang disajikan dihabiskan tetapi sedikit demi sedikit. Tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg, N: 100 kali/menit, RR : 24 kali/menit dan S: 36,5 °C. Berat badan 50 kg, tinggi badan 160 cm, IMT : 19,5 dan status gizi baik.



Pada kasus Tn.K. P., meliputi : HB 10,9 g/dl (Nilai normalnya 12,0-16,0 g/dl), jumlah eritrosit: 3,70 L (Nilai normalnya 4.20-5,40 L), hematokrit 30,8 L % (Nilai normalnya 37-47 L), jumlah trombosit :  $36 \times 10^3/\text{ul}$  (Nilai normalnya 150-400  $\times 10^3/\text{ul}$ ), jumlah limfosit : 0,53 L (Nilai normalnya 1,00-3,70 L). jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %), radiologi : USG : Jantung : Katub normal, sistol-diastol normal. Pemeriksaan lainnya tidak dilakukan karena dengan tanda klinis dan pemeriksaan yang telah dilakukan sudah memadai untuk penenangan sesuai kondisi pasien.

Hasil tersebut sesuai dengan penjelasan bahwa fungsi hati menurun. Kerusakan sel hati yang dimulai di sekitar duktus biliaris akan menimbulkan pola sirosis. Pola ini merupakan penyebab 2% kematian akibat sirosis. (Price & Wilson, 2009). Sirosis hati biasanya memiliki konsistensi noduler, dengan berkas fibrosis (jaringan parut) dan daerah kecil jaringan regenerasi. Terdapat kerusakan luas hepatosit. Perubahan bentuk hati mengubah aliran system vascular dan limfatik serta jalur duktus empedu. Periode eksaserbasi ditandai dengan statis empedu, endapan jaundis (Black & Hawks, 2014). Hipertensi vena poerta berkembang pada sirosis berat. Vena porta menerima darah dari usus dan limpa. Jadi peningkatan didalam tekanan vena porta menyebabkan: aliran balik meningkat pada tekanan resisten dan pelebaran vena esofagus, umbilicus, dan vena rektus superior, yang mengakibatkan perdarahan varises, asites (akibat pergeseran hidrostatik atau osmotik mengarah pada akumulasi cairan didalam peritoneum), bersihan sampah metabolic protein tidak tuntas dengan akibat meningkatnya ammonia, selanjutnya mengarah kepada ensefalopati hepaticum.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah di kelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Andra & Mariza. 2008).

Berdasarkan pemahaman diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus sirosis hati adalah : nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktifitas, risiko kerusakan integritas kulit, ketidakefektifan pola napas,

kelebihan volume cairan, gangguan citra tubuh, ketidakmampuan koping keluarga, risiko ketidakseimbangan elektrolit, risiko perdarahan, risiko gangguan fungsi

Penjelasan tersebut sesuai dengan diagnosa keperawatan pada kasus Tn. K. P. yaitu : 1) ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah, 2) nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) yang ditandai dengan pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 6 dan tampak abdomen membesar (asites), 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi, tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 120/80 mmHg, nadi: 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C. Dua diagnosa keperawatan lainnya tidak diangkat karena saat dikaji pasien tidak menunjukkan gejala yang sesuai.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Prioritas pertama di artikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan pasien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain. Pada kasus Tn. K. P., dengan sirosis hepatitis, terdapat tiga (3) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Tujuan dari masalah keperawatan 1 yaitu di harapkan pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji status pernapasan. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Berikan bronkodilator bila perlu. 6) Monitor respirasi. 7) Atur peralatan oksigenasi. 8) Monitor aliran oksigen. 9) Pertahankan posisi pasien. 10) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

Tujuan dari masalah keperawatan 2 yaitu di harapkan pasien dapat meningkatkan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Lakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 2) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 3) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 4) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 5) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 6) Kolaborasi pemberian therapy analgetik.

Tujuan dari masalah keperawatan 3 yaitu di harapkan pasien akan mampu mempertahankan aktivitas selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Andra & Mariza. 2008).

Pada hari senin, 23 juni 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas pada Tn. K. P. dengan diagnosa medis sirosis hepatitis yaitu :

Implementasi diagnosa keperawatan 1 : ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu.: Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Jam 08.40, mengidentifikasi

pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan, Jam 09.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. Jam 09.05, memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. Jam 09.10, memonitor respirasi. Jam 08.00, mengatur peralatan oksigenasi. Jam 09.15, memonitor aliran oksigen. Jam 08.00, mempertahankan posisi pasien. Jam 09.20, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

Implementasi diagnosa keperawatan 2 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).: Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P : Pada saat ditekan dan tertekuk. Q : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. R : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. S : Skala nyeri 6 (Dengan menggunakan angka 0-10). T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu Jam 09.25, mengoservasi tanda-tanda vital. Jam 09.40, memberikan informasi kepada orang tua pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 10.05, mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik.

Implementasi diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. : Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.30, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut Andra & Mariza (2008) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria

yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai dengan teori antara lain pola napas efektif dan nyeri berkurang. Sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu intoleransi terhadap aktivitas dimana tanda dan gejala tidak berubah selama dalam perawatan.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 23-25 Juni 2019, pasien masih merasa lemah dan belum bisa beraktivitas secara normal. Hal ini disebabkan karena fungsi hati yang belum tuntas penanganannya.

### **3.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Studi kasus ini hanya dilakukan pada 1 pasien saja tanpa harus membandingkan dengan klien yang lain dengan kasus yang sama, karena hanya 1 kasus yang dirawat di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang, sehingga penulis tidak dapat menggambarkan dan membandingkan masalah keperawatan pasien sirosis hepatitis yang diambil sebagai studi kasus dengan pasien lainnya, serta kurang efektifnya waktu studi kasus.

## **BAB 4**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **4.1 Kesimpulan**

Dari hasil kasus yang telah menguraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Tn. K. P., dengan sirosis hepatitis di ruang Komodo RSUD. PROF. Dr. W. Z. Yohanes Kupang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Tn. K. P. dengan sirosis hepatitis.

4.1.1 Pengkajian pada kasus Tn. K. P., dengan sirosis hepatitis sebagai berikut : pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 6 dan tampak abdomen membesar (asites), tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 120/80 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C

4.1.2 Dalam diagnosa keperawatan, tidak semua diagnosa yang tercantum dalam tinjauan pustaka tercantum pada tinjauan kasus, tetapi penulis menetapkan diagnosa sesuai masalah yang di alami oleh Tn. K. P., dimana diagnosa yang muncul yaitu ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas.

4.1.3 Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan sesuai dengan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas, dan intervensi yang di tetapkan yaitu :

Diagnosa keperawatan pertama : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan nyeri dengan intervensi 1) Kaji status pernapasan. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Berikan bronkodilator bila perlu. 6) Monitor respirasi. 7) Atur peralatan oksigenasi. 8)

Monitor aliran oksigen. 9) Pertahankan posisi pasien. 10) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Diagnosa keperawatan kedua : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) dengan intervensi 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 6) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 7) Kolaborasi pemberian therapy analgetik

Diagnosa keperawatan ketiga: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. Dengan intervensi 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

4.1.4 Pada implementasi keperawatan dengan diagnosa ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas, tindakan yang dilakukan dengan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan

4.1.5 Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP). Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 23-25 Juni 2019, hasil yang didapatkan Tn K. P., antara lain pasien masih merasa pusing, dan belum bisa beraktivitas dengan baik. Hal ini disebabkan karena gangguan fungsi hati yang masih membutuhkan penanganan lebih lanjut.

## **4.2 Saran**

### **4.2.1 Bagi institusi pelayanan kesehatan**

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

### **4.2.2 Bagi Perawat Ruangan**

Diharapkan tenaga kesehatan menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan sirosis dengan masalah yang kompleks sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang holistik dan komprehensif.

### **4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Pendidikan Diharapkan menyediakan literatur yang lebih memadai dan meningkatkan pendidikan yang berkualitas dan profesional, sehingga terlahirlah perawat-perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Andra & Mariza. 2008. *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika, Yogyakarta
- Black & Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8, Jilid 3*. Singapura: Jakarta
- Baradero. 2008. *Seri Asuhan Keperawatan: Klien Gangguan Hati*. EGC: Jakarta
- Brunner & Suddart. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Gloria M. Bulechek, at. All. 2015. *Nurshing Outcomes Classification (NIC) Edisi Keenam*. Elsevier : Jakarta
- Mubarak & Chayaning. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. EGC: Jakarta
- Price & Wilson. 2009. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses penyakit*. Vol. 1 Jakarta : EGC.
- Setiati, Siti. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Interna Publishing*. Jakarta
- Sudoyo, W. Aru. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, FKUI*. Jakarta Wijaya,
- Sue Moorhoed, at all. 2015. *Nurshing Outcomes Classification (NIC) Edisi Keenam*. Elsevier : Jakarta
- T. Heather Herdman, S. Kamitsuru. 2015. *Diagnosis Keperawatan. Defenisi dan Klasifikasi. Edisi 10*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

## LAMPIRAN




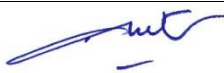








**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp  
:(0380)880025 Fax (0380) 8800256, Email :  
[poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



### LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Nelci Andriani Giri  
NIM : PO. 530320117119  
Nama Pembimbing : Elisabeth Herwanti, S.Kp. M.Kes  
NIP : 195809011985022001

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat, 24-04-2020	-Konsultasi pengambilan judul	
2.	Sabtu, 25-04-2020	-Konsultasi Judul	
3.	Minggu, 26-04-2020	-Konsultasi BAB 1	
4.	Senin, 27-04-2020	-Konsultasi revisi BAB 1 Dan lanjut BAB 2	
5.	Selasa, 28-04-2020	- Konsultasi BAB 2 - lanjutkan BAB 3 (Asuhan Keperawatan)	

6.	Rabu, 29-04-2020	- Konsultasi revisi BAB 3 (topik pembahasan) - BAB 4 (Penutup) dan Daftar Pustaka	
7.	Kamis, 01-04-2020	- Konsultasi hasil revisi BAB 3, BAB 4 - Konsultasi lembar Abstrak dan daftar isi	
8.	Jumat, 05-05-2020	- Konsultasi hasil revisi BAB 3, BAB 4	
9.	Sabtu, 02-05/2020	- Konsultasi hasil revisi, BAB 4 - Lengkapi Lembar Persetujuan	
10.	Minggu, 07/05/2020	-Konsultasi hasil revisi BAB 3, BAB 4 -Konsultasi Power Point -Tanda tangan lembar persetujuan ujian sidang oleh pembimbing. -ACC ujian sidang	
11.	Senin, 13/05/202	- Konsultasi revisi masukan hasil sidang	
12.	Selasa, 15 /05/2020	Konsultasi revisi masukan hasil sidang	